

Presentación de caso

Torsión testicular post-traumática en un paciente pediátrico.
Post-traumatic testicular torsion in a pediatric patient.

Carina Flora Salgado Reyes Erich Roberto Ramón Núñez

Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Latacunga, Cotopaxi. Ecuador.

Correspondencia. scarina94@yahoo.com

Recibido.2018-08-03 Aprobado.2018-10-03

Resumen

Se presenta el caso de un varón de 13 años de edad que acudió a la emergencia del Hospital General de Latacunga, Ecuador, refiriendo dolor testicular izquierdo de 24 horas de evolución, después de recibir un traumatismo con el sillón de una bicicleta. Al examen físico se constataron signos clínicos de torsión testicular izquierda y la ecografía doppler color mostró ausencia del flujo vascular. Se indicó

cirugía de emergencia, en la cual se encontró torsión del cordón espermático izquierdo con testículo necrosado e hidrocele reactivo, por lo que se realizó orquiectomía izquierda más orquidopexia derecha. Evolucionó satisfactoriamente y egresó al tercer día. No ha presentado complicaciones postoperatorias. Palabras clave: Torsión testicular post-traumática, ecografía doppler, hidrocele, orquiectomía, orquidopexia.

Summary

Is presents the case of a male of 13 years of age that came to the emergency of the General Hospital of Latacunga, Ecuador, referring pain testicular left of 24 hours of evolution, after receiving a trauma with the armchair of a bicycle. Physical examination will show clinical signs of testicular torsion and color doppler ultrasound showed no vascular fluid. Is announces for surgery of emergency, in which

are found testicle left twisted and necrotic and hidrocele reagent, by what is performed orchiectomy left more orchidopexy right. Evolved satisfactorily and was discharged at the third day. He has not presented postoperative complications.

Keywords: Post-Traumatic testicular torsion, ultrasound doppler, hidrocele, orchiectomy, orchidopexy

Introducción

El primer informe publicado de torsión testicular se atribuye a Delasiauve en 1840, en 1897 Taylor la describió en un recién nacido .¹ Esta afección constituye una verdadera urgencia

urológica.²⁻⁵ Es responsable del 10 al 15% de la enfermedad escrotal aguda en niños.⁶ Un ligero predominio en el lado izquierdo se ha observado en algunas series.⁶

La torsión testicular puede ser extravaginal o intravaginal. La primera es más frecuente en

recién nacidos y la segunda en niños y adolescentes.⁶

Su etiología todavía no es totalmente clara,³ sin embargo, se ha asociado a factores anatómicos como la deformidad en «badajo de campana», en la que hay fijación anormal de la túnica vaginal al testículo,⁵ presente hasta en el 12 % de los varones.^{3, 6} Otros factores genéticos, climáticos (meses fríos), ejercicio reciente y traumatismo también han sido reportados.^{3, 5}

El objetivo de este trabajo es reportar el caso de un niño con una torsión testicular postraumática y dar respuesta a las siguientes hipótesis: ¿Es importante el diagnóstico precoz? ¿Qué hacer en pacientes con antecedentes de traumatismos escrotal cerrado? ¿La detorsión manual sustituye a la quirúrgica?

Presentación del caso

Paciente masculino de 13 años de edad, con antecedente de salud, atendido en la sala de emergencias del hospital básico de Latacunga. Refirió que después de recibir un traumatismo con el sillón de una bicicleta, comenzó de forma brusca con dolor a nivel del testículo izquierdo, fue evaluado por médico general quien administró analgésicos. Al siguiente día como el dolor no se alivió y presentó náuseas y un

vómito de contenido alimentario, acude nuevamente al mismo centro de salud, en esta ocasión se realizó ecografía doppler y se remitió al hospital mencionado con diagnóstico de torsión testicular. Examen físico: Genitales externos: Se encontró el escroto enrojecido en el lado izquierdo, el testículo izquierdo ascendido y horizontal (signo de Gouverneur), aumentado de tamaño y doloroso a la palpación. El reflejo cremastérico estuvo ausente y el signo de Prhen fue negativo.

Exámenes complementarios: Biometría hemática con leucocitosis ligera y neutrofilia. En la ecografía doppler testicular se encontró el testículo izquierdo heterogéneo, incrementado de tamaño, mide 3,2 x 2,3 x 2,2 cm con volumen estimado de 8,8cc, sin flujo vascular al doppler color.

Se diagnosticó escroto agudo por torsión testicular, procediéndose a la intervención quirúrgica de emergencia donde se encontró torsión del cordón espermático izquierdo con testículo necrosado (figura 1 y 2) e hidrocele reactivo, razones por la que se realizó orquiectomía izquierda más fijación del testículo derecho.



Fig.1 y 2 Torsión de 360° del cordón espermático en sentido de las manecillas del reloj y necrosis testicular.

Presentación de caso

Tuvo una evolución postoperatoria satisfactoria y fue dado de alta del hospital al tercer día. No ha presentado complicaciones durante su seguimiento en consulta.

El estudio histopatológico microscópico reportó infartos hemorrágicos múltiples secundarios en el parénquima testicular, hemorragia y congestión vascular en epidídimo y vasos sanguíneos con trombosis en diferentes fases de organización en el cordón espermático conducto deferente de características

Discusión

La incidencia anual estimada de la torsión testicular para los varones menores de 18 años de edad es de 3,8 y 3,5 casos por 100.000 en Estados Unidos y Taiwán respectivamente.² Su mayor prevalencia se encuentra entre los 12 y 18 años de edad.⁵ Rango de edad en el que se encontraba el paciente informado.

Los traumatismos son infrecuentemente reportados como causa precipitante de torsión testicular, por lo general acontece sólo en 5 a 6% de los casos, en la mayoría de las series.^{3, 4,6} Afectan principalmente a los adolescentes⁴ y en actividades relacionadas con el ciclismo,³ como en este niño, que sufrió un golpe con el sillón de una bicicleta.

El síntoma principal de esta afección es el dolor testicular súbito e intenso con irradiación hacia la ingle y abdomen inferior, asociado a enrojecimiento y edema del escroto, generalmente unilateral. El 57- 69% de los pacientes presentan náuseas y vómitos, los que poseen un valor diagnóstico predictivo de 96 y 98%, respectivamente.^{3,6,7} En el 94% de los casos está ausente el reflejo cremastérico,⁶ signo de Gouverneur y Ger positivos y el signo de Prehn negativo.^{3, 6,7} En los pacientes con antecedentes de traumatismo escrotal cerrado, como el presentado, estos síntomas y signos

pueden ser errónea atribuido al accidente,⁴ por lo que un alto índice de sospecha diagnóstica es necesario⁷ y se recomienda realizar siempre una ecografía doppler color, la cual permite identificar no solo las lesiones provocadas por el traumatismo sino otras causas de escroto agudo, con un 63-99% de sensibilidad y 97-100% de especificidad de diagnóstico en la torsión testicular.³ La ecografía doppler en este paciente confirmó la ausencia de flujo sanguíneo causado por la torsión.

Otros estudios como la resonancia magnética y la gammagrafía no son una elección de primera línea.³

La exploración quirúrgica es la elección, con orquidopexia, si el testículo torcido es viable u orquiectomía, en caso contrario. Se recomienda también fijar el testículo contralateral,^{6,7} porque la literatura reporta que el riesgo de torsión testicular bilateral es del 80% en los pacientes con deformidad de «badajo de campana».⁴ Por tanto la detorsión manual no es una opción.⁴ Cuando la cirugía se realiza dentro de las 4-8 horas de inicio de los síntomas es exitosa en alrededor del 90-100%, pero a las 12 horas disminuye en un 50% y después de 1 día sólo es del 10%.³ La tasa de salvamento en la torsión testicular traumática es de 40%, pero 25% tiene riesgo de atrofia testicular.³ El 42% de los niños sometidos a cirugía por torsión testicular pueden necesitar orquiectomía.⁷ Por esta razón el diagnóstico y tratamiento precoz es una necesidad vital.

Se presentó el caso de un niño con una torsión testicular izquierda secundaria a un traumatismo cerrado, la que provocó una isquemia irreversible del testículo izquierdo, motivo por el que se le realizó orquiectomía del mismo y fijación del testículo contralateral.

Referencias bibliograficas

1- Bowlin PR, Gatti JM, Murphy JP. Pediatric Testicular Torsion. Surg Clin N Am. 2017[citado noviembre 2017]; 97: 161–172. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2016.08.012>

2- Lee SM, Huh JS, Baek M, Yoo KH, Min GE, Lee HL, Lee DG. A Nationwide Epidemiological Study of Testicular Torsion in Korea. Korean Med Sci. 2014 [citado noviembre 2017]; 29: 1684-1687. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/25469070/>
DOI: 10.3346/jkms.2014.29.12.1684

3- Fehér ÁM, Bajory Z. A review of main controversial aspects of acute testicular torsion. Journal of Acute Disease. 2016[citado noviembre 2017]; 5(1):1–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joad.2015.06.017>

4- Papatsoris AG, MD, Mpadra FA, MD, Karamouzis MV. Post-traumatic testicular torsión. Ulus Trauma Derg. 2003[citado noviembre 2017]; 9(1):70-71. Disponible en:

<http://www.esdconference.com/ESD2012/faculty/pdf/Papatsoris.pdf>

5- García Fernández G, Bravo Hernández A, Bautista Cruz R. Torsión testicular: reporte de un caso. Cir Cir. 2016[citado noviembre 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.014>
DOI: 10.1016/j.circir.2016.05.014

6- Gajbhiye AS, Shamkuwar A, Surana K, Jivghale K, Soni MK. Surgical management of testicular torsion. Int Surg J. 2016[citado noviembre 2017]; 3(1):195-200. Disponible en: <http://www.ijsurgery.com/index.php/isj/article/download/541/539>
DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20160225>

7- Sharp VJ, Kieran K, Arlen AM. Testicular Torsion: Diagnosis, Evaluation, and Management. Am Fam Physician. 2013[citado noviembre 2017]; 88(12):835-840. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Link&LinkName=pubmed_pubmed&from_uid=24364548